

STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

www.igz.nl



**Rapport van het inspectiebezoek
aan Woonzorgcentrum De Wielewaal te Zaltbommel
op 20 november 2008**

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
2	Bevindingen inspectiebezoek.....	4
	Opzet	4
2.1	Zorginhoudelijke veiligheid.....	4
2.2	Zorg(behandel)-/leefplan.....	7
2.3	Voldoende en bekwaam personeel	7
2.4	Participatie en sociale redzaamheid	8
2.5	Overige besproken onderwerpen	9
3	Beschouwing en conclusie.....	10
3.1	Inleiding.....	10
3.2	Beschouwing.....	10
3.3	Conclusie.....	11
4	Te nemen maatregelen	12
4.1	Inleiding.....	12
4.2	Plan van aanpak	12

Bijlagen:

1. Overzicht gebruikte documenten
2. Overzicht van wetgeving, veldnormen en rapporten
3. Overzicht normen per thema
4. Toelichting op het inspectieoordeel

1 Inleiding

Op 20 november 2008 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg een inspectiebezoek gebracht aan Woonzorgcentrum De Wielewaal (hierna te noemen als De Wielewaal) te Zaltbommel. De Wielewaal vormt een onderdeel van de Stichting Nieuwebrug in Ammerzoden. Het Woonzorgcentrum biedt zorg aan 93 plaatsen voor verblijf met zorg en/of behandeling en 12 huurappartementen.

Doel van dit bezoek is te beoordelen of er bij De Wielewaal randvoorwaarden, praktijken of processen zijn die risicovol zijn voor de veiligheid, effectiviteit of de cliëntgerichtheid van de zorg.

Om tot een verantwoord oordeel te kunnen komen, heeft de inspectie:

- gesprekken gevoerd met enkele vertegenwoordigers van het management (clustermanager en hoofd medische/paramedische dienst), de verpleeghuisarts, de teamleiders, de activiteitengeleidster, uitvoerende medewerkers en leden van de cliëntenraad;
- zorgplannen en zorgdossiers ingezien;
- een rondleiding gehad;
- documenten ingezien, die worden genoemd in bijlage 1.

De methodiek voor dit bezoek is vastgelegd in het 'Tweede Fase Instrument programma ouderenzorg', versie 2008. Het instrument is gebaseerd op wetgeving en de daarvan afgeleide veldnormen van de koepelorganisaties en beroepsverenigingen.¹

Het instrument is opgebouwd rond de volgende thema's:

1. Zorginhoudelijke veiligheid.
2. Zorg(behandel)-/leefplan.
3. Voldoende en bekwaam personeel.
4. Participatie en sociale redzaamheid.

Achtereenvolgens komt in dit rapport het volgende aan de orde:

- Hoe scoort De Wielewaal op de aanwezigheid van risico's? (hoofdstuk 2);
- Beschouwing over de kwaliteit van De Wielewaal in relatie tot de scores op de risicoaspecten (hoofdstuk 3);
- Welke maatregelen moet De Wielewaal binnen welke termijn nemen? (hoofdstuk 4).

¹ Zie bijlage 2

2 Bevindingen inspectiebezoek

Opzet

De inspectie beoordeelt De Wielewaal op vier thema's. Ieder thema bestaat uit een aantal onderwerpen. In dit hoofdstuk geeft de inspectie per onderwerp haar oordeel weer in vier gradaties: 'geen risico', 'gering risico', 'hoog risico' en 'zeer hoog risico'². Bij ieder oordeel geeft de inspectie een toelichting.

Onderwerpen die niet in het instrument aan bod komen, en naar oordeel van de inspectie risicovol zijn voor de veiligheid, effectiviteit of de cliëntgerichtheid van de zorg binnen uw instelling, benoemt de inspectie in de laatste paragraaf van dit hoofdstuk.

2.1 Zorginhoudelijke veiligheid

Onderwerp	oordeel			
	<i>geen risico</i>	<i>gering risico</i>	<i>hoog risico</i>	<i>zeer hoog risico</i>
1 decubituspreventie en -behandeling	✓			
2 vocht en voeding		✓		
3 Valpreventie			✓	
4 infectiepreventie en -behandeling			✓	
5 diagnostiek en behandeling bij incontinentie			✓	
6 zorg voor cliënten met gedragsproblemen			✓	

toelichting per onderwerp

1 Stichtingsbreed is een protocol op het gebied van Decubitus aanwezig, welke gebaseerd is op de landelijke 'Richtlijn decubitus 2^{de} herziening, CBO 2002'. Er zijn scorelijsten voor het signaleren van decubitus ontwikkeld. Deze scorelijsten worden per 1 januari 2009 ingevoerd. Tweemaandelijks zal de EVV-er (Eerst Verantwoordelijk Verzorgende) deze scorelijsten invullen. Aan de hand van de risicoscores wordt de huisarts of de verpleeghuisarts ingeschakeld. Deze arts zet een beleid in dat gericht is op de behandeling van decubitus.

De Wielewaal neemt maatregelen voor preventie van decubitus door het gebruik van specifieke materialen en de vocht en voedingstoestand van de bewoner aan te passen.

De Wielewaal heeft niet deelgenomen aan de landelijke prevalentieweek, maar heeft door interne audits een eigen nulmeting uitgevoerd op het gebied van decubitus.

Een specifieke aandachtsfunctionaris voor decubitus is niet aanwezig. Binnen de Stichting Nieuwebrug is een decubituscommissie ingesteld, welke eenmaal in het kwartaal bijeenkomt.

Scholing op het gebied van decubitus wordt halfjaarlijks door de leverancier van

² In bijlage 4 staat de toelichting op het inspectieoordeel.

de materialen gegeven aan de medewerkers.

Alle EVV-ers zijn geschoold in de basiskennis rondom het zorgthema decubitus. De inspectie scoort op het gebied decubitus 'geen risico', gezien het ingezette beleid, hetgeen nog wel verder geïmplementeerd zal moeten aan worden.

- 2 Stichtingsbreed is een concept beleid op het gebied van Vocht en Voeding ontwikkeld maar nog niet volledig afgerond. De 'Multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedselvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden', Arcares 2001, is herschreven en een protocol Slikproblemen is ontwikkeld. Een weeglijst voor bewoners is aanwezig en wordt toegepast, afhankelijk van de individuele noodzaak om te wegen.

Een werkgroep is opgericht die zich bezighoudt met de implementatie van optimale zorg bij slikproblematiek. Er heeft een interne audit plaatsgevonden om dit zorgthema vocht en voeding te kunnen meten. De meting Cliënt en Kwaliteit viel niet positief uit. Volgend jaar zal voor De Wielewaal een nieuwe meting plaatsvinden.

Er vindt scholing plaats voor de medewerkers op het gebied van vocht en voeding. De Wielewaal informeert bewoners en familie over dit onderwerp. Screeningslijsten 'vocht en voeding' 'slikproblematiek' en 'gewicht' zijn aanwezig.

De inspectie scoort op het gebied van vocht en voeding een 'gering risico', aangezien het algemene beleid momenteel nog niet is vastgesteld en geïmplementeerd en de meting Cliënt en Kwaliteit niet voldoende scoort. De inspectie is van mening dat er wel de nodige aandacht voor dit onderwerp is.

- 3 Binnen de Stichting Nieuwebrug is geen algemeen beleid op het gebied van valpreventie ontwikkeld. Wanneer valproblematiek zich voordoet bij een bewoner, wordt externe deskundigheid geconsulteerd zoals ergotherapie of de bewoner wordt doorverwezen naar de valpoli van het ziekenhuis. De medewerkers worden niet geschoold op het gebied van valpreventie. Stichtingsbreed is een MIC-commissie ingesteld waar de MIC-meldingen centraal worden gemeld. De MIC-commissie maakt geen analyse van de gemelde valincidenten. Er zijn overzichten aanwezig van de MIC-meldingen, echter niet uitgewerkt op lokaal niveau. Een MIC-week heeft plaatsgevonden en er is bereidheid onder de medewerkers om te melden.

De inspectie geeft aan dat valincidenten met ernstig letsel, gemeld moeten worden bij de inspectie. Deze meldplicht is niet algemeen bekend bij de medewerkers.

De inspectie scoort op het zorgthema valpreventie 'hoog risico' omdat er geen beleid is ontwikkeld over valpreventie, er geen analyse bij valincidenten plaatsvindt en geen scholing wordt geboden aan de medewerkers.

- 4 De stichting Nieuwebrug heeft geen preventief beleid op het gebied van infectiepreventie en infectiebehandeling ontwikkeld. Een infectiepreventiecommissie is niet ingesteld door de Stichting Nieuwebrug. Een protocol MRSA en een protocol Novovirus zijn aanwezig. Er is een goede constructieve samenwerking met de GG&GD en de ziekenhuishygiëniste. Deze worden geconsulteerd bij problematiek op het gebied van infectie. Binnen De Wielewaal is geen aandachtsfunctionaris op het gebied van infectiepreventie of infectiebehandeling aangesteld.

Er vindt geen gerichte scholing plaats over het algemene hygiënebeleid voor de medewerkers.

De inspectie scoort op het zorgthema infectiepreventie 'hoog risico' gezien de afwezigheid van een vastgelegd algemeen infectiebeleid, geen aandachtsfunctionaris is aangesteld voor infectiebeleid en het ontbreken van scholing voor de medewerkers.

- 5 Binnen de Stichting Nieuwebrug is geen algemeen beleid ontwikkeld op het gebied van Incontinentie. Er is een protocol Incontinentiezorg aanwezig. Het management geeft aan dat vanuit de HKZ-meting en de 'Cliënt en Kwaliteitindex' het beleid over incontinentie verder ontwikkeld moet worden.

Er vindt geen diagnosticering plaats bij een bewoner met incontinentieproblematiek.

Een aandachtsfunctionaris is aanwezig binnen De Wielewaal die zich richt op het gebruik van incontinentiemateriaal. Deze medewerker geeft advies aan de bewoners, de familie en instrueert de medewerkers over het gebruik van het incontinentiemateriaal. De leverancier van het incontinentiemateriaal geeft scholing op afroep aan de medewerkers van het verpleeghuis.

Deze scholing is niet opgenomen in de bestaande scholingscarrousel van de Stichting Nieuwebrug. Het management geeft aan dat er wordt deelgenomen aan het 'Zorg voor beter'-project op het gebied van incontinentie.

De inspectie scoort op dit thema 'hoog risico' omdat verder beleid nog ontwikkeld moet worden, er geen diagnosticering plaatsvindt en geen structurele scholing wordt geboden.

- 6 De Stichting Nieuwebrug heeft op het gebied van Gedragsproblemen geen beleid vastgesteld.

Een protocol gebaseerd op de richtlijn probleemgedrag is niet aanwezig.

Bij het ontstaan van gedragsproblematiek wordt een psycholoog geconsulteerd.

Deze deskundige begeleidt het zorgteam door het geven van omgangsadviezen.

De mogelijkheid is aanwezig om de expertise van de GGZ in te schakelen. De GGZ biedt aan de medewerkers vraaggerichte scholing op de volgende onderwerpen: agressie en angst, dementie en depressiviteit.

Het voornemen van het management is om deze scholing structureel in de scholingscarrousel op te nemen.

Het zorgteam hanteert geen specifieke scorelijsten bij gedragsproblematiek van een bewoner: momenteel is de zorg gericht op symptoombestrijding bij gedragsproblemen. Een analyse over de oorzaken van het probleemgedrag wordt niet gemaakt. Op het gebied van het signaleren van depressie bij een bewoner, geeft het zorgteam aan dat deze signalen niet voldoende herkend worden.

De inspectie scoort op dit thema gedragsproblemen 'hoog risico' omdat er geen protocol is ontwikkeld, er onvoldoende scholing geboden wordt en geen tijdige herkenning van de risico's van gedragsproblemen plaatsvindt.

2.2 Zorg(behandel)-/leefplan

	Onderwerp	oordeel			
		<i>geen risico</i>	<i>gering risico</i>	<i>hoog risico</i>	<i>zeer hoog risico</i>
1	zorg(behandel)-/leefplan	✓			
2	zorg(behandel)-/leefplansysteem	✓			

toelichting per onderwerp

- Na de opname van een nieuwe bewoner, wordt door het zorgteam een observatieperiode vastgesteld en het houden van een bewonersbespreking wordt gepland. Deze bewonersbesprekingen voor iedere bewoner zijn recent opgestart. Er wordt gerapporteerd in een algemene scorelijst bij de opname. Tijdens deze bespreking worden gezamenlijk de zorgdoelen vastgesteld en zorgkaarten opgesteld voor individuele zorgproblematiek met behulp van een vaste methodiek.
De Stichting Nieuwebrug hanteert de norm, dat elke opgeleide EVV-er verantwoordelijk is voor de zorgdossiers en zorgplannen van 15 tot 20 bewoners.
De EVV-er is verantwoordelijk voor het zorgdossier van een bewoner en hierin geschoold. Een cultuur van het doorspreken van het zorgdossier met de bewoner zelf, is nog niet vanzelfsprekend voor het zorgteam.
De levensgeschiedenis van een nieuwe bewoner wordt door de verzorgende vastgelegd.
Het management heeft het voornemen om een nieuw zorgleefplan in te gaan voeren.
De inspectie scoort het onderwerp zorgleefplan 'geen risico'.
- De Stichting Nieuwebrug heeft een handleiding voor het werken met het zorgdossier ontwikkeld.
In het zorgdossier wordt gerapporteerd volgens de SAPC-methodiek.
De inspectie scoort op dit onderdeel 'geen risico'.

2.3 Voldoende en bekwaam personeel

	Onderwerp	Oordeel			
		<i>geen risico</i>	<i>gering risico</i>	<i>hoog risico</i>	<i>zeer hoog risico</i>
1	personele inzet afgestemd op doelgroep			✓	
2	professionele kwaliteit van de medewerkers		✓		

toelichting per onderwerp

- De Stichting Nieuwebrug is bezig met een reorganisatie om een betere personele formatie te kunnen inzetten, in afstemming met de toegenomen bewonerszorg. De zorgzwaartepakketssystematiek (ZZP) wordt toegepast om daarmee het benodigde personeel af te stemmen op de verschillende doelgroepen.

De nieuwe visie is om de zorg meer te centraliseren, waardoor de zorg aan de bewoner door meer dezelfde medewerkers zal aangeboden worden. Het aantal FTE wordt verhoogd om de toegenomen ouderenzorg te kunnen leveren. Het management geeft aan dat een vertaalslag gaande is om inzichtelijk te maken welke medewerker, op welke plek nodig is.

De personele formatie van de verpleegunit bestaat uit medewerkers die opgeleid zijn in niveau 2, 3 en 4. In het verzorgingshuis kan men een beroep doen op een verpleegkundige niveau 4 als achterwacht vanuit het verpleeghuis.

Het management geeft aan dat het personeelsbeleid met betrekking tot het invullen van vacatures, onder controle is.

De inspectie heeft in meerdere gesprekken signalen gekregen dat er te weinig en te laag gekwalificeerd personeel in de verzorging is. De werkdruk voor het huidige personeel wordt als hoog ervaren. Verzorgenden krijgen in verhouding tot hun deskundigheidsniveau een te hoge verantwoordelijkheid voor het bieden van de zorg.

Het zorgteam vraagt meer ondersteuning door het management.

De inspectie scoort hier 'hoog risico' op grond van de hoge werkdrukbeleving van het vaste personeel, de personele inzet welke nog niet volledig afgestemd is op de doelgroep en de verschillende signalen met betrekking tot de inzet van de lage kwaliteitsniveaus.

- 2 De Stichting Nieuwebrug heeft een scholingscarrousel ontwikkeld voor de medewerkers. De leidinggevende van de afdeling beslist welke medewerker en wat voor scholing gevolgd kan worden. Er vindt registratie plaats via een geautomatiseerd systeem van het geboden scholingsoverzicht per medewerker. Intern binnen de Stichting Nieuwebrug worden verzorgenden opgeleid voor de functie EVV-er. De BIG-scholing wordt aan medewerkers niveau 3 aangeboden, waardoor er continuïteit gegarandeerd wordt in het verrichten van verpleegkundige handelingen. In gesprekken met de inspectie komt naar voren dat scholing over met name bepaalde thema's als communicatie en bejegening noodzakelijk is. De inspectie oordeelt het thema professionele kwaliteit van de medewerkers als 'gering risico'.

2.4 Participatie en sociale redzaamheid

Onderwerp	Oordeel			
	<i>geen risico</i>	<i>gering risico</i>	<i>hoog risico</i>	<i>zeer hoog risico</i>
1 participatie en sociale redzaamheid		✓		

toelichting per onderwerp

- 1 De activiteitenbegeleiding biedt een vast weekprogramma aan met activiteiten voor de bewoner. Eenmaal per maand wordt een avondprogramma samengesteld. Jaarlijks wordt een themamarkt georganiseerd. De activiteitenbegeleiding geeft aan dat er meer individuele activiteiten aan de bewoner geboden zouden kunnen worden. Op aanvraag van het zorgteam, is de activiteitenbegeleiding aanwezig bij de bewonersbespreking.

Sinds de reorganisatie heeft de Stichting Nieuwebrug een vrijwilligersbeleid opgesteld. Er worden contracten met de vrijwilligers afgesloten. Een vrijwilligerscoördinator is aangesteld en deze onderhoudt het contact met de vrijwilligers. Deze coördinator inventariseert bij de intake van een bewoner de behoeften van de activiteiten. De activiteitenbegeleiding heeft een eigen verslagdossier over de activiteiten en rapporteert niet in het zorgdossier. In De Wielewaal wordt een algemeen vast aanbod van activiteiten aan de bewoner geboden. De inspectie scoort desondanks bij dit zorgthema een 'gering risico' omdat er nog onvoldoende individuele activiteiten plaatsvinden die afgestemd zijn op de behoefte van iedere bewoner.

2.5 Overige besproken onderwerpen

onderwerp

- 1 Cliëntenraad
 - 2 Tilliften
-

toelichting per onderwerp

- 1 De cliëntenraad is vertegenwoordigd in het gesprek met de inspectie met drie leden. De raad heeft maandelijks overleg met de clustermanager. In mei 2008 is onder de bewoners een cliënttevredenheidsonderzoek gehouden. Dit tevredenheidsonderzoek is niet positief uitgevallen. In dit onderzoek blijkt dat de zorg door veel verschillende medewerkers wordt geboden. Dit wordt door de bewoners niet als prettig ervaren. Ook komt in het onderzoek naar voren dat de communicatie en de bejegening tussen de verzorgenden en de bewoners verbeterd kan worden. Volgens de cliëntenraad is de overdracht en de communicatie tussen de verzorgenden onvoldoende. De zorgdossiers worden niet altijd bijgewerkt. De bewoners geven aan dat de zorg die geboden wordt goed is en dat de verzorgenden die de zorg geven als voldoende wordt ervaren. De cliëntenraad merkt op dat de bewoners van de groepsverzorging vroeg naar bed gebracht worden, hetgeen niet overeenkomt met de visie van de Stichting Nieuwebrug. De cliëntenraad geeft haar zorgen aan over de krappe personele bezetting en de zorg die geboden wordt door verzorgenden met een laag opleidingsniveau. Men licht toe dat het voorkomt dat in de avonddienst een verzorgende niveau 1 wordt ingezet voor 3 etages. Wanneer de cliëntenraad klachten ontvangt van bewoners over het eten, wordt dit doorgestuurd naar 'het kookpunt'. Volgens de cliëntenraad hebben de klachten nog onvoldoende geleid tot verbetering.
- 2 Er bevindt zich op elke tillift een onderhoudssticker met datum. Elke bewoner die gebruik maakt van een tillift, heeft een eigen tilband. Deze tilband wordt aangemeten door de fysiotherapie. Niet aan elke tillift bevindt zich een noodzakelijke werkinstructie over het gebruik van de tillift.

3 Beschouwing en conclusie

3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk heeft u kunnen lezen hoe de inspectie op de vier thema's oordeelt over De Wielewaal. Dit hoofdstuk heeft een meer beschouwend en concluderend karakter. In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk beschrijft de inspectie haar conclusie.

3.2 Beschouwing

3.2.1 De Wielewaal is een kwetsbare organisatie op vele fronten

De Wielewaal bevindt zich door de reorganisatie in een woelig vaarwater. Momenteel vinden vele functiewisselingen plaats op managementniveau. Een clustermanager neemt drie locaties binnen de Stichting Nieuwebrug waar. Het management geeft aan dat het voornemen is om in 2009 een nieuwe clustermanager aan te stellen.

In de gesprekken die de inspectie heeft gevoerd, komt de indruk naar boven dat in De Wielewaal sprake is van een te hoge werkdruk en dat daarnaast te zware verantwoordelijkheden een groot beslag leggen op het personeel. Tevens vraagt het middenmanagement om meer ondersteuning om de eigen verantwoordelijkheden goed uit te kunnen voeren.

3.2.2 Zorg wordt geboden maar de randvoorwaarden zijn niet voldoende

Binnen de Stichting Nieuwebrug heeft het zorgbeleid niet overal voldoende aandacht, maar een aantal onderwerpen zijn wel al stevig neergezet. De afgelopen periode heeft het accent van de organisatie sterk op de continuïteit van de Stichting Nieuwebrug gelegen. Deze continuïteit moest veilig gesteld worden, vanuit het gegeven van een zwakke organisatie en een kritische financiële positie.

Het is noodzakelijk binnen De Wielewaal om de visie en het zorgbeleid op deelonderwerpen van de Stichting Nieuwebrug vast te leggen en verder te implementeren.

De deskundigheid van de medewerkers moet worden verbeterd en scholing moet verder ontwikkeld en aangeboden worden aan de verzorgenden.

3.2.3 Cultuuromslag noodzakelijk voor betere interne samenwerking

In het Woonzorgcentrum De Wielewaal is een oude historie oftewel cultuur aanwezig, waardoor de samenwerking tussen de verpleeghuisdependance en het verzorgingshuis niet optimaal functioneert.

De oude cultuur speelt ook een rol in de omgang met en de bejegening van de bewoners. Op verschillende niveaus wordt aangegeven dat de communicatie met en de bejegening van de bewoners verbeterd kan worden. Deze knelpunten zijn herkenbaar voor het management en men werkt aan een oplossing.

3.3 Conclusie

Op basis van de bevindingen in hoofdstuk 2 en de beschouwing in dit hoofdstuk concludeert de inspectie dat binnen De Wielewaal randvoorwaarden, praktijken of processen zijn die risicovol zijn voor de veiligheid, effectiviteit of de cliëntgerichtheid van de zorg. Om de risico's te beperken wordt van u verwacht dat u maatregelen neemt. In hoofdstuk 4 staan de te nemen maatregelen.

4 Te nemen maatregelen

4.1 Inleiding

In de vorige twee hoofdstukken heeft de inspectie haar oordeel gegeven per onderwerp en een beschouwing over het geheel. Dat alles overziende, geeft de inspectie in dit hoofdstuk aan wat zij van u verwacht.

4.2 Plan van aanpak

De inspectie verwacht uiterlijk 1 maart 2009 een plan van aanpak voor in ieder geval de onderwerpen waar een oordeel in de categorie 'hoog' wordt gegeven.

In uw situatie betreft dit de volgende onderwerpen binnen het thema 'Zorginhoudelijke veiligheid': valpreventie; infectiepreventie en -behandeling; diagnostiek en behandeling bij incontinentie; zorg voor cliënten met gedragsproblemen.

Binnen het thema 'Voldoende en bekwaam personeel' betreft het: personele inzet afgestemd op doelgroep.

Met betrekking tot het oordeel 'gering risico' verwacht de inspectie uiterlijk 1 maart 2009 een plan van aanpak. In uw situatie betreft dit de volgende onderwerpen binnen het thema 'Zorginhoudelijke veiligheid': vocht en voeding; Binnen het thema 'Voldoende en bekwaam personeel' betreft het: de professionele kwaliteit van medewerkers (bekwaam personeel) en binnen het thema 'Participatie en sociale redzaamheid' betreft het: participatie en sociale redzaamheid.

In een plan van aanpak staat in elk geval per onderwerp helder omschreven:

- welk risico u gaat aanpakken;
- welke resultaten u wilt bereiken (doel, beoogde effecten);
- wat hiervoor nodig is (activiteiten);
- hoe u gaat implementeren;
- wie waarvoor verantwoordelijk is;
- wanneer is of wordt begonnen en wanneer wordt afgerond (planning).

Nadat de inspectie het plan van aanpak heeft ontvangen, ontvangt u binnen 4 weken een reactie.

BIJLAGE 1

Overzicht gebruikte documenten

De onderstaande documenten van uw instelling zijn door de inspecteur gebruikt bij het uitvoeren van het inspectiebezoek en het opstellen van dit rapport.

De inspectie heeft de documenten niet in totaliteit beoordeeld, maar op specifieke onderwerpen doorgenomen.

- *Stichting Nieuwebrug, Jaardocument 2007, ongedateerd;*
- *Stichting Nieuwebrug, informatiepagina het programma "de overkant";*
- *Stichting Nieuwebrug, gedragscode medewerkers, juli 2008;*
- *Stichting Nieuwebrug, decubitus Protocol, 1 december 2006;*
- *Screeningslijst 'slikproblematiek';*
- *Screeningslijst 'gewicht';*
- *Screeningslijst 'vocht en voeding';*
- *Stichting Nieuwebrug MRSA, 1 oktober 2006;*
- *Document 'referentiemodel, 24 april 2008;*
- En ter plaatse ingeziene overige documenten.

BIJLAGE 2

Overzicht wetten, veldnormen en rapporten

Het instrument is gebaseerd op wetgeving en de daarvan afgeleide veldnormen van de koepelorganisaties en beroepsverenigingen, waarvan de belangrijkste hieronder worden genoemd.

Wetgeving:

- Kwaliteitswet zorginstellingen
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst: Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen

Veldnormen en rapporten:

- *Kwaliteitskader Verantwoorde zorg, Stuurgroep Verantwoorde zorg 2007*
- *Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg, Stuurgroep Verantwoorde zorg 2005*
- *Richtlijn decubitus 2^{de} herziening, CBO 2002*
- *Samenwerking en logistiek rond decubitus, Tripartiete multidisciplinaire richtlijn, Solade 2003 (NVVA, Arcares, Sting, AVVV, NPCP)*
- *Richtlijn preventie van valincidenten bij ouderen, CBO 2004*
- *Multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedselvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden, Arcares 2001*
- *De kwestie voedsel en vocht, handreikingen voor zorgsituaties waarin eten, drinken en kunstmatige voeding een rol spelen, AVVV 2006*
- *Richtlijn slikproblemen, NVVA 2001*
- *Kwaliteitsborging in verpleeghuizen en verzorgingshuizen nader bekeken, IGZ 2005*

BIJLAGE 3

Overzicht normen per thema

1. Zorginhoudelijke veiligheid

norm

De cliënt mag rekenen op adequate gezondheidsbescherming en -bevordering.

Adequate gezondheidsbescherming en -bevordering houdt in dat er sprake is van:

- tijdige herkenning van gezondheidsrisico's;
- een zorgvuldig gekozen evenwicht tussen goed vaktechnisch handelen en de wensen en voorkeuren van de cliënt/vertegenwoordiger bij de toepassing van tenminste:
 - decubituspreventie en -behandeling;
 - adequate verzorging inzake vocht- en voedselvoorziening;
 - valpreventie;
 - verantwoord medicijngebruik;
 - preventie en behandeling van infecties;
 - minimale vrijheidsbeperkende maatregelen;
 - passende aandacht en adequate zorg voor individuele gezondheidsklachten en pijn;
 - passende aandacht voor individuele beperkingen en mogelijkheden;
 - snelle beschikbaarheid en adequaat en veilig gebruik van hulpmiddelen (zie verder veiligheid wonen/verblijf).

Medewerkers passen richtlijnen en protocollen toe die gebaseerd zijn op actuele kennis volgens professionele, algemeen aanvaarde standaarden. Dit geldt ten minste voor de volgende risicovolle onderwerpen: decubitus, vocht en voedsel, valpreventie, farmaceutische zorg en toiletgang en incontinentie.

Per onderwerp worden landelijke, zo mogelijk multidisciplinair vastgestelde richtlijnen gebruikt:

- | | | | |
|---|---|---|--|
| 1 | decubituspreventie en -behandeling | - | Decubitus, tweede herziening, CBO 2002
- Samenwerking en logistiek rond decubitus, Solade 2003: Tripartiete multidisciplinaire richtlijn (NVVA, Arcares, Sting, AVVV, NPCP) |
| 2 | adequate verzorging van vocht en voeding | - | Multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht en voedingvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden, Arcares 2001
- De kwestie voedsel en vocht, handreikingen voor zorgsituaties waarin in eten, drinken en kunstmatige voeding een rol spelen, AVVV 2006
- Richtlijn slikproblemen, NVVA 2001 |
| 3 | valpreventie | - | Richtlijn preventie van valincidenten bij ouderen, CBO 2004
- Samenvatting Preventie van valincidenten bij ouderen (valkaart), CBO 2004 |
| 5 | adequate diagnostiek en behandeling bij incontinentie | - | Verantwoorde zorg bij toiletgang en incontinentie, VU Amsterdam/ ActiZ / Sting 2006 |
| 6 | zorg voor cliënten met | - | Richtlijn probleemgedrag, NVVA 2002 |

gedragsproblemen

2. Zorg(behandel)-/leefplan

norm

Ieder cliënt heeft een zorg(behandel)-/leefplan dat:

- in samenspraak met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger tot stand is gekomen en zichtbaar de instemming heeft van de cliënt;
- invulling geeft aan de vier domeinen: lichamelijk welbevinden en gezondheid, woon- en leefomstandigheden, participatie en mentaal welbevinden;
- een beeld geeft van de gezondheidssituatie, prognoses, gezondheidsrisico's en eventuele professionele maatregelen;
- duidelijk vermeldt welke zorg de cliënt krijgt, met welk doel en op welk tijdstip;
- zichtbaar in samenspraak met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger minstens twee keer per jaar (of vaker als de cliënt dat wil en/of als de zorgbehoefte wijzigt) wordt geëvalueerd en eventueel bijgesteld (ook vaker voor revalidanten);
- duidelijk elke eventuele wijziging vermeldt.

Aanwijsbaar is dat:

- bij de totstandkoming van het plan zoveel mogelijk rekening is gehouden met wensen en behoeften van de cliënt;
- bij het overleg over het zorg(behandel)-leefplan de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger op zo'n manier ondersteuning wordt geboden dat deze de overleggen goed kan voeren.

Voor Bopz-aangemerkte instellingen of afdelingen/units moeten de zorg(behandel)-/leefplannen voldoen aan de eisen van de Wet Bopz.

3. Voldoende en bekwaam personeel

norm

De zorgorganisatie voorziet in voldoende personeel en een passende verantwoordelijkheidstoedeling, passend bij het cliëntenbestand.

Er is in de organisatorische eenheid voor cliënten met een indicatie verblijf en verpleging of behandeling wel/niet 7 x 24 uur een verpleegkundige binnen 10 minuten ter plaatse.

Er is in de organisatorische eenheid voor cliënten met een indicatie verblijf en verpleging of behandeling wel/niet een arts bereikbaar en oproepbaar. Deze arts reageert binnen 10 minuten en is binnen 30 minuten ter plaatse.

- In een verpleeghuis betreft dit een verpleeghuisarts
- In een verzorgingshuis betreft dit een gekwalificeerde arts en
- Op de verpleegunit in een verzorgingshuis geldt dat de gekwalificeerde arts ondersteund wordt door een verpleeghuisarts via een achterwachtconstructie. Voor het overige is het aan de instelling om aan te geven wat een verantwoorde personeelsformatie is. Uitgangspunt daarbij is dat er rekening wordt gehouden met de zorgzwaarte en de verschillende populaties.

4. Participatie en sociale redzaamheid

norm

Participatie:

In het kader van de participatie is er sprake van:

- een woon-/leefomgeving waar iets te beleven is en die uitnodigt tot intermenselijk contact, en het ondernemen van activiteiten. Dat betekent dat er een aanbod is van (op beweging gerichte) activiteiten, passende hulp bij mobiliteit; dat er een ontspanningsaanbod is en mogelijkheden voor dagbesteding die aansluiten bij gewoontes en persoonlijke interesses, hobby 's en het sociale leven van de cliënt; dat er een klimaat heerst van gastvrijheid, en faciliteiten die uitnodigend zijn voor verwanten, bezoekers en buurtbewoners, en voor het onderhouden van contact; en dat humor en menselijke warmte voelbaar zijn.
- ondersteuning bij het zoeken/vinden en gebruik maken van eigen dagbestedingsmogelijkheden.

Sociale redzaamheid:

De cliënt mag rekenen op aantrekkelijke mogelijkheden voor dagbesteding waarmee hij/zij invulling kan geven aan persoonlijke interesses, hobby's en een sociaal leven, en contact kan houden met de samenleving.

bronnen

- Visiedocument: Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg, een ontwikkelingsmodel voor verpleeg- en verzorgingshuizen opgesteld door organisaties van cliënten, aanbieders, beroepsgroepen: Arcares, AVVV, LOC, NVVA, Sting, in afstemming met IGZ, VWS en ZN, juni 2005.
- Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg, Een operationalisatie van het Visiedocument op weg naar normen voor Verantwoorde zorg in een indicatorenset en een sturingsmodel voor de V&V, november 2005.
- Kwaliteitskader Verantwoorde zorg, oktober 2007.

BIJLAGE 4

Toelichting op het inspectieoordeel

oordeel	definitie	mogelijke consequenties	acties	noot
zeer hoog risico	(Rand-) voorwaarden, praktijken of processen die een ernstige bedreiging vormen voor de veiligheid, effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid.	Ernstige gezondheidsschade voor de cliënt is zeer reëel of heeft al plaatsgevonden.	Onmiddellijke actie van zorgaanbieder/ beroepsbeoefenaar/ bedrijf is nodig. De inspectie controleert dit. Wanneer geen of onvoldoende actie, dan direct naar fase 3, repressief toezicht: aanwijzing, bevel, boete, inbeslagname.	Een patroon van (rand-) voorwaarden, praktijken of processen die ieder apart als hoog risico beoordeeld worden, kan als zeer hoog risico beoordeeld worden.
hoog risico	(Rand-) voorwaarden, praktijken of processen die een bedreiging kunnen vormen voor de veiligheid, effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid.	Gezondheidsschade voor de cliënt is reëel of heeft al plaatsgevonden.	Actie van zorgaanbieder/ beroepsbeoefenaar/ bedrijf is op korte termijn nodig. Inspectie geeft termijnen aan. Wanneer geen of onvoldoende actie volgt, stelt inspectie verscherpt toezicht in.	Een patroon van (rand-) voorwaarden, praktijken of processen die ieder apart als gering risico beoordeeld worden, kan als hoog risico beoordeeld worden.
gering risico	(Rand-) voorwaarden, praktijken of processen die afwijken van de norm, maar die niet direct een bedreiging vormen voor de veiligheid, effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid.	Geen directe gezondheidsschade voor de cliënt.	Actie van zorgaanbieder/ beroepsbeoefenaar/ bedrijf is nodig. Deze geeft de verbetering aan in een plan van aanpak. Wanneer geen of onvoldoende actie wordt ondernomen, volgt na rappel mogelijk verscherpt toezicht.	Veel kleine opmerkingen die ieder apart als 'geen risico' beoordeeld worden, kunnen samen wijzen op een bedreiging van de veiligheid, effectiviteit of cliëntgerichtheid. In dat geval kan de situatie toch als gering risico beoordeeld worden.
geen risico	De inspectie constateert geen (rand-) voorwaarden, praktijken of processen die afwijken van de norm.	Er is vrijwel geen sprake van mogelijke gezondheidsschade voor de cliënt.	Geen actie nodig.	Een opmerking in de categorie 'geen risico' kan ook positief zijn.